

Contribution à l'Etude
du Cancer pavimenteux
du Corps utérin

Travail de la Clinique du Professeur Tixier

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 5 Juillet 1927

PAR

Lioubicha POPOVITCH

né le 19 Mai 1895 à NICH (Serbie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1927

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER
PAVIMENTEUX DU CORPS UTÉRIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 268

Contribution à l'Etude
du Cancer pavimenteux
du Corps utérin

Travail de la Clinique du Professeur Tixier

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 5 Juillet 1927

PAR

Lioubicha POPOVITCH

né le 19 Mai 1895 à NICH (Serbie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
	TIXIER
	BERARD
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	MOURIQUAND
Clinique des maladies des enfants	VILLARD
Clinique des maladies des femmes	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	HUGOUNENQ
Chimie biologique et médicale	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	BRETIN
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Histologie	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	CADE
Pathologie et Thérapeutiques générales	PAVIOT
Anatomie pathologique	PATEL
Chirurgie opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ETIENNE-MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	SAVY
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	EULIER
Pharmacie,	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Stomatologie	TELLIER

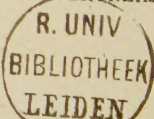
AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS.
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE.
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU.
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph)
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président; BONNET, assesseur
 MARTIN J., et WERTHEIMER, agrégés.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE ET MA MÈRE

Je leur dédie ce travail comme
un faible témoignage de ma grande
affection et profonde reconnais-
sance.

A MA SŒUR ET MA NIÈCE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance et le prions de vouloir bien agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNET

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous lui sommes profondément reconnaissant des conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner au cours de l'exécution de cette thèse et du bienveillant intérêt qu'il nous a porté.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX DE LYON

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER
PAVIMENTEUX DU CORPS UTÉRIN

Avant-Propos

Arrivé à la fin de nos études et avant de rentrer dans notre patrie, nous nous faisons un devoir et un plaisir d'exprimer toute notre gratitude à nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon.

Nous devons plus particulièrement remercier M. le Professeur P. Bonnet qui nous a inspiré ce travail. Il nous a guidé de ses précieux conseils et ne nous a ménagé ni son temps ni sa peine.

Nous garderons toujours de lui un profond souvenir.

Nous devons remercier M. le Professeur agrégé J. Martin, Chef de travaux pratiques d'Anatomie Pathologique, d'avoir bien voulu prêter son concours et sa compétence en examinant au point de vue histologique les pièces que nous lui soumettions.

Nous devons remercier aussi M. le Docteur Comte, prosecteur à la Faculté, de ses services éclairés.

Introduction

Nous abordons ici un sujet aride et dont l'intérêt pratique n'apparaît pas avec évidence.

Ici, comme toutes les fois qu'il s'agit de cas exceptionnellement observés, il est difficile d'entreprendre une étude d'ensemble, de tracer le type clinique auquel correspondent les lésions, d'établir les points communs de l'anatomie pathologique susceptibles d'être utilisés dans les indications thérapeutiques.

Aussi est-ce surtout un travail de classement que nous essaierons d'entreprendre, de cas essentiellement disparates, dont le seul point commun est la présence d'épithélium pavimenteux au niveau du Corps utérin. C'est, si l'on veut, une tentative de collectionneur de cas rares.

Pourtant de nombreux travaux existent sur ce sujet, travaux de langue allemande surtout. Malgré leur importance, ils ne semblent pas avoir apporté beaucoup de clarté dans cette question.

Nous nous sommes nous-mêmes bien vite senti débordé par l'obscurité qui plane sur ce sujet, et malgré que nous nous soyions appliqué à une tra-

duction littérale de nombreux articles, nous en avons tiré peu de fruit. Des essais pathogéniques, des tentatives de discrimination des cas, c'est tout ce que nous avons pu glaner. Pourtant il existe une trentaine d'observations, publiées, accompagnées d'examen histologiques détaillés et pour donner une idée de cette question il pourrait être utile de les réunir dans un même travail, pour ainsi dire sans commentaire. Mais pareille tâche nous était impossible dans le cadre restreint d'un travail inaugural.

Aussi notre travail ne peut-il être qu'une sorte d'introduction à l'étude du Cancer pavimenteux du Corps utérin. Ce n'est qu'un aperçu de cette question, peu connue et négligée en France. Elle n'aura pour but que de permettre, à l'occasion d'un nouveau cas observé, de le confronter avec ceux dont nous avons tenté un groupement d'attente.

Considérations d'ordre général

La muqueuse du Corps utérin est normalement revêtue d'un épithélium cylindrique. On s'explique donc mal, à priori, qu'elle puisse être le siège d'un Cancer du type pavimenteux, et l'on est bien obligé, pour en tenter l'explication, d'envisager les différentes possibilités :

1° Les unes relèvent de *l'anatomie normale*, sujette à variations.

Nous savons que la zone d'union entre la muqueuse à épithélium cylindrique du col et celle à épithélium pavimenteux du museau de tanche, se fait chez la vierge et la nullipare au niveau de l'orifice externe du col. Souvent elle est indiquée par une ligne sinueuse, circulaire, *hymen utérin* de Kuneke, déterminée par l'arrêt brusque des papilles.

Chez la femme parée il est de règle de voir l'épithélium stratifié du museau de tanche pénétrer dans le tiers inférieur du canal cervical à une profondeur de 3 à 4 mm., parfois même plus loin (Friedlander). Plus la femme a eu d'enfants et plus cet

épithélium remonte (Ruge). Cet envahissement est habituel aussi après la ménopause.

Chez l'enfant, il arrive que l'épithélium pavimenteux gagne le canal cervical. Dans d'autres cas qui constituent *l'érosion physiologique congénitale* (Fischel), c'est l'inverse qui a lieu et l'épithélium cylindrique vient revêtir une partie des lèvres au delà de l'orifice externe.

Il y a donc place, au niveau de cette zone de transition, pour un empiétement souvent important, de l'épithélium pavimenteux dans le canal cervical.

Nous savons, d'autre part, que dans l'utérus sénile la muqueuse devient blanchâtre, à reflets nacrés. Les cellules de l'épithélium de revêtement diminuent de hauteur; parfois quelques éléments cylindriques deviennent cubiques ou pavimenteux. Les glandes du corps disparaissent et se transforment en petits kystes.

2° D'autres possibilités sont d'ordre *pathologique* :

Les processus inflammatoires (endométrite) et les irritations de la muqueuse (d'ordre mécanique, chimique, mycosique), sont susceptibles de transformer, par *métaplasie*, les cellules de l'épithélium de revêtement en cellules du type pavimenteux (leucoplasie utérine ; ichtyose utérine ; psoriasis utérin ; épidermoïdisation).

3° D'autres enfin sont relatives au *développement du tractus génital* :

a) Soit que les cellules de l'épithélium utérin provenant des Canaux de Müller « par atavisme » aient gardé la possibilité de se transformer, comme elles

l'ont fait à l'origine, indifféremment en épithélium cylindrique ou en épithélium stratifié (hétéroplasie). De là le nom de Cancer hétérotopique sous lequel le Cancer pavimenteux du Corps figure dans la nomenclature de Virchow;

b) soit que les restes dispersés des Canaux de Müller ou du tractus de Gartner, recouvrent la possibilité de donner, sur l'utérus sénile, origine à un cancer hétérotopique (Dillmanns, Rolly, Cullen).

Telles sont, en effet, les théories qui ont été émises pour expliquer l'éventualité rare du Cancer pavimenteux du Corps de l'utérus.

Nous pensons que l'exposé des faits nous en apprendra davantage, et nous avons entrepris, parmi les cas publiés, un essai de classification, difficile d'ailleurs, en nous efforçant d'en tirer parti pour leur compréhension.

1. *Classement des observations*

1° *Envahissement secondaire du Corps par un Cancer pavimenteux de la partie vaginale du col. (portio).*

Ces cas sont très rares, mais d'interprétation facile :

Ce sont des cancers dont le point de départ s'est fait au niveau du museau de tanche (à revêtement pavimenteux) et se sont propagés vers le corps utérin.

Nous figurons ici le schéma d'une observation de Cullen. (*Cancer of the Uterus*, p. 266.)



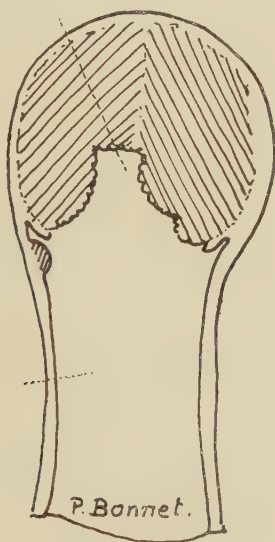
Pourquoi un cancer de la partie vaginale du col, qui présente si exceptionnellement ce mode d'envahissement, le fait-il dans certains cas ?

Il y aurait intérêt, dans des cas de ce genre, à examiner ce qui reste de la muqueuse du fond utérin, pour élucider si ce processus d'envahissement, ne se fait pas à la faveur d'une transformation pavimenteuse de la muqueuse du corps, analogue à celle dont il sera question plus loin.

L'interprétation devient impossible lorsque on trouve la muqueuse utérine envahie en totalité par un cancer du type pavimenteux (cancer total) et où rien ou presque, ne subsiste du col utérin. Il en était ainsi dans l'observation de M. le Professeur agrégé P. Bonnet, que nous rapportons plus loin.

On serait tenté d'expliquer des cas semblables par la propagation à tout le corps de l'utérus, d'un cancer primitif du museau de tanche, cela en se basant exclusivement sur le type histologique, de même qu'on a tendance à considérer comme des cancers

primitifs du corps et secondairement propagés au col les cas décrits par MM. Tixier et P. Bonnet, sous le nom de Cancer total de la muqueuse utérine.



Mais, en somme, on ne possède, pour interpréter de tels cas, que les caractères histologiques. Nous verrons qu'ils ne constituent pas un critérium de discrimination et n'excluent pas la possibilité du développement primitif dans le corps.

2. ***Cancer pavimenteux occupant à la fois le corps et la partie endocervicale du Col (Cervix)***

Ce sont là des cas infiniment plus fréquents.

Ce que nous savons de la propagation relativement fréquente des cancers du type *cylindrique*, à point de départ cervical, du côté de la cavité utérine,

depuis le simple liseré isthmique jusqu'à l'envahissement presque total du corps, ne laissant intacte qu'une calotte de muqueuse au fond de l'utérus (Obs. de Elischer, Polaillon, Maunu af Heurlin, Schauta, Cullen, Hartmann (Thèse de Kaminer), Pozzi), nous permet, par analogie, de supposer que les cancers du type *pavimenteux* (Obs. de Schauta, Krysiniky, Hitschmann, Cullen), ont la même origine endocervicale. d'autant que nous connaissons la possibilité de rencontrer, même à l'état normal, l'ascension dans le cervix de l'épithélium pavimenteux. Normalement, celui-ci recouvre la partie vaginale du col et s'arrête le plus souvent, de façon nette, à l'orifice externe du col, mais il peut gagner la partie endocervicale, où il remonte alors de quelques millimètres, et parfois même jusqu'au voisinage de l'orifice interne. (Rieffel, *Traité d'Anat. humaine*).

Cependant c'est là encore une explication à priori,

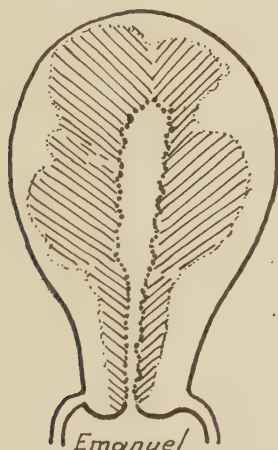


Hitschmann

basée sur un principe histologique, et dont nous nous contentons.

On peut hésiter à l'admettre pour des observations comme celle de Hitschmann, où le corps est envahi en totalité, tandis que la région cervicale ne l'est que de façon partielle.

Le cas rapporté par Emanuel est d'interprétation plus difficile encore. Cet auteur discute le lieu d'origine du cancer qu'il a observé, et qui occupait la totalité de la muqueuse du corps et du cervix. Se basant sur ce fait que le muscle utérin était profondément envahi au niveau du corps, tandis que l'en-

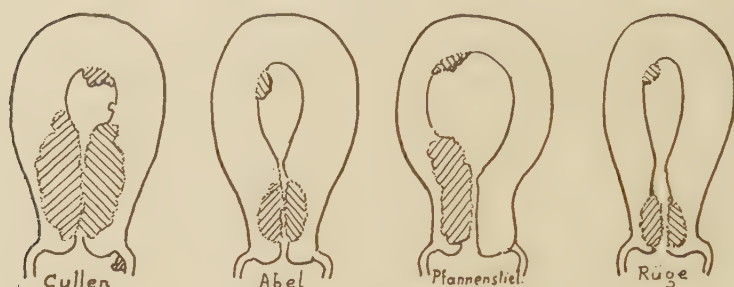


vahissement du col était plus superficiel, Emanuel est porté à admettre l'origine primitive dans le corps utérin. Là encore il s'agit de cancer total, dont l'interprétation paraît à peu près impossible.

3. *Cancer à type pavimenteux, du corps coexistant, à distance, avec un cancer du col*

Dans quelques observations, assez rares d'ailleurs, on rencontre un cancer isolé du corps utérin, coïn-

cidant, sans continuité apparente ou histologique, avec un cancer du col. (Obs: de *Pfannenstiel*, *Abel*, *Cullen*, *Rüge*).



Ces cas ont subi diverses interprétations :

Pfannenstiel suppose qu'il s'agit là de cancers du col, et que le nodule néoplasique rencontré dans le corps représente une greffe par implantation secondaire. Dans le cas qu'il a observé, il suppose que la greffe secondaire s'est faite à la faveur de la pyométrie, qui existait et avait sans doute favorisé le transport, de bas en haut, de particules néoplasiques détachées du col.

Il se demande en outre si le cathétérisme de la cavité utérine, à l'hystéromètre, n'a pas été le mode de propagation, ou de transport, au niveau du fond, de cellules néoplasiques issues du col.

Cullen, lui aussi, considère, dans son cas, le nodule néoplasique du fond, comme une greffe secondaire. Il se base, pour cela, sur ce fait que la partie endocervicale du cancer envahissait profondément les couches musculaires, tandis que les nodules rencontrés au niveau du vagin et au niveau du fond utérin

se montraient comme une tumeur de surface, ayant peu de tendance à envahir les parties profondes. En d'autres termes, dit-il, le cancer au niveau du fond constituait comme une couche de revêtement sur la paroi interne.

Des travaux plus récents discutent cette interprétation, encore admise par *Schauenstein* :

Opitz, *Hitschmann* et plus récemment *Lahm*, se basant sur des analogies avec des cas que nous étudierons plus loin pensent qu'il s'agit plutôt d'une lésion simultanée du corps et du col. Pour eux, si l'on observe le Cancer du Corps à une phase où il est encore superficiel, c'est que le Cancer du Col s'est manifesté cliniquement, alors que le Cancer du Corps est rencontré à une phase rapprochée de son début, sans quoi il aurait donné lieu à des manifestations cliniques qui auraient conduit à une intervention.

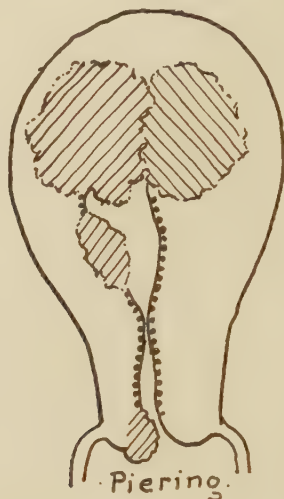
D'ailleurs, il existe des observations où l'on rencontre la proportion inverse entre le volume et l'envahissement en profondeur au niveau du Corps et au niveau du Col.

L'observation de *Piering* en est le type :

Il existait sur la paroi antérieure du fond utérin une tumeur volumineuse, infiltrant le muscle en profondeur, ulcérée en surface.

Plus bas, sur la paroi antérieure, près de l'orifice interne du col, une tumeur du volume d'une noisette, aplatie. Le reste de la muqueuse du fond et du corps est rougeâtre, avec de nombreuses boursoufflures qui lui donnent l'aspect de l'épiderme. La muqueuse

même du col est épaissie et blanchâtre. Au niveau de l'orifice externe du col existait un petit nodule



cancéreux. Piering attribue le nodule du col à une implantation secondaire due à l'infection.

Ce qui constitue l'intérêt très particulier du cas de Piering, c'est que, l'un des premiers en date parmi les cas publiés, il apporte une justification à l'hypothèse que semblent confirmer les cas dont nous parlerons plus loin, de l'origine primitive possible dans le corps, de cancer du type pavimenteux.

Quels que soient les rapports de causalité, qui paraissent discutables et qui ont été discutés, entre le cancer du corps et le cancer du col, le cancer du corps semble s'être développé sur une muqueuse préalablement « épidermée ».

Tout l'épithélium cylindrique du corps et de la partie endocervicale est transformée en un épithélium

pavimenteux pluristratifié qui rejoint l'épithélium du même type du museau de tanche et du vagin. Cette observation doit donc être classée parmi les cancers pavimenteux primitifs du corps et si nous en avons parlé dès maintenant, c'est pour mettre en évidence la discussion qui est ouverte au sujet des cancers coexistants du corps et du col.

4. *Cancer pavimenteux de surface du corps utérin*

Il n'est pas exceptionnel de rencontrer au niveau de la muqueuse du corps de l'utérus une transformation en type pavimenteux.

Cette transformation par métaplasie est connue de longue date :

Les travaux de Zeller, dont la valeur est très discutée actuellement, avaient établi que cette transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, existent avec une grande fréquence, à la suite de processus d'inflammation chronique. Il lui donnait le nom d' « *ichtyose utérine* », terme repris par Ries, et de « *psoriasis utérin* ».

Les mêmes transformations sont décrites sous le nom de *cholestéatome* de l'utérus par Kaufmann, d'*épidermoïdisation* par Veit.

Cette transformation se rencontre dans un certain nombre de circonstances qui font qu'on la retrouve plus souvent sur l'utérus sénile. Les inflammations chroniques de l'endométrite; les irritations par des substances chimiques; les irritations mécaniques,

peuvent en être l'occasion et il n'est pas rare de rencontrer l'épidermisation à la surface de certains polypes. Elle est connue dans l'inversion utérine.

A côté de cette transformation par métaplasie de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux multistratifié (dont les lamelles superficielles peuvent subir le processus corné) on peut rencontrer une néoformation de l'épithélium pavimenteux possédant une tendance particulière à s'infiltrer dans la profondeur.



*von Rosthorn
Hofmeier
Hitshmann.
Lahm.*

Cette forme est caractérisée par la présence à la surface du muscle utérin et en contact direct avec lui d'un épithélium pluristratifié, continu ou interrompu par des parties conservées de la muqueuse cylindrique, avec laquelle il voisine. La couche glandulaire sous-jacente peut persister, avec des glandes

rares ou en transformation kystique. L'épithélium pavimenteux envoie des boyaux cellulaires qui peuvent s'infiltrer entre les glandes, sans toutefois dépasser la membrane propre des cryptes glandulaires.

Certaines préparations montrent la formation de globes cornés et des figures de mitoses.

Von Rosthorn a le premier décrit, dans un cas où les manifestations cliniques (hémorragies et pyorrhée) avaient fait admettre la présence d'un cancer, cette forme diffuse de transformation en épithélioma pavimenteux. Von Rosthorn considérait cette transformation de la muqueuse comme un *stade précancéreux*. Il ne croyait pas qu'il dût imposer l'hystérectomie.

Un cas de Hofmeier, où la biopsie par curettage avait révélé l'existence dans le corps de cette forme d'épithélioma pavimenteux, doit faire considérer cette néoformation comme un *cancer véritable*. Confiant dans l'affirmation de von Rosthorn, il crut à la bénignité et écarta l'idée d'une opération. La malade se présenta 4 mois après avec un carcinome inopérable qui avait envahi la vessie.

Lahm a pu réunir, à côté d'une observation personnelle, trois cas appartenant à von Rosthorn, Hirschmann, Hofmeier. Il donne à cette néoformation le nom de *Carcinome pavimenteux de surface*.

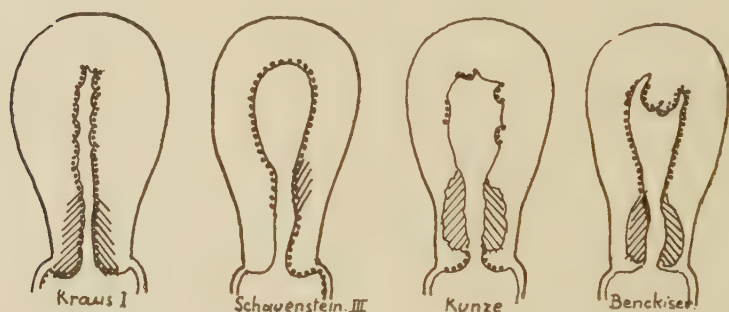
Il est l'analogue de cette forme de propagation cancéreuse que Ruge avait décrite, d'après son aspect macroscopique, sous le nom de « *Cancer en coulée de sucre* ».

5. *Cancer pavimenteux de surface du corps utérin
associé à un cancer du col (portion vaginale
ou endocervicale)*

A côté des cas dont nous venons de parler où le carcinome pavimenteux de surface existe seul, sans qu'il y ait trace de tumeur macroscopique, il en est d'autres, plus anciennement connus, où cette forme superficielle est associée à un cancer du col.

C'est à l'occasion du cancer du col que Ruge, à l'aspect de cette coulée blanchâtre qui prolonge parfois vers la cavité utérine les limites du cancer cervical, a décrit le « *Cancer en coulée de sucre* » dont nous venons de parler.

Les observations où l'on a rencontré, en continuité ou non avec un cancer du col, ces coulées néoplasiques de surface ne sont pas exceptionnelles. On en

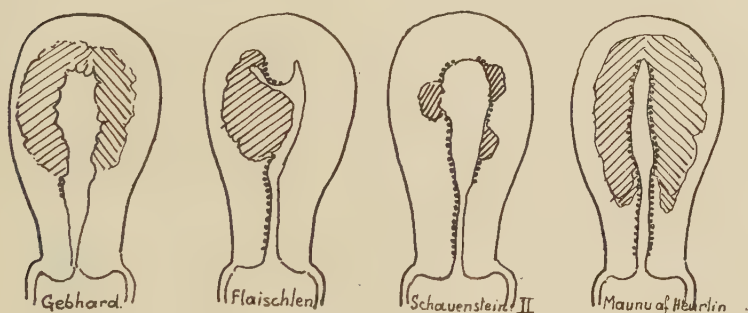


cite, plus ou moins caractérisées, les observations de Kraus, Benckiser, Kunze, Ries, Cullen, Pozzi, Hofmeier, Opitz, Gellhorn, Gebhard. Ces deux dernières sont basées uniquement sur le résultat de l'examen histologique des produits de curettage.

6. *Cancer pavimenteux primitif du corps utérin*

Ce que nous savons de la forme du début, représentée par le cancer pavimenteux de surface, permet de concevoir la formation primitive, au niveau du corps, de cancers à type pavimenteux.

Les cancers primitifs sont représentés par le cas de Piering, dont nous avons parlé et dont l'interprétation prête à discussion, ceux de Gebhard, Flaischlen, Maunu af Heurlin, Hitschmann, Schauenstein.



Ils sont caractérisés par une tumeur plus ou moins volumineuse, infiltrant profondément le muscle, associée le plus souvent à une coulée superficielle de cancer pavimenteux de surface.

7. *Cancer pavimenteux de surface du corps utérin coëxistant avec un adénocarcinome*

Signalons enfin les observations de Kaufmann, Hofmeier, E. Fränkel, G. Wiener, Hitschmann, où l'on a retrouvé, à côté d'un adénocarcinome, la forme dite « en surface » du carcinome pavimenteux.

OBSERVATION

Clinique du Professeur TIXIER

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé P. BONNET

Cancer total de l'utérus à type pavimenteux

Mme G..., 61 ans, entrée le 5 juillet 1926 dans le service du Docteur Molin, alors suppléé par le Professeur agrégé P. Bonnet, vient pour métrorragies.

Réglée normalement. 3 accouchements normaux. Ménopause à 45 ans.

Il y a 3 mois, brusquement, la malade a eu une métrorragie qui a duré 3 jours.

Il y a 15 jours, nouvelle métrorragie, plus abondante.

La malade portait depuis un an un pessaire qui a été enlevé il y a 4 mois. Malade très pâle, teint terreux. Elle se plaint de céphalées intenses.

Au toucher : le vagin est rétracté, les culs-de-sac effacés, ce qui conduit sur le col au fond d'un entonnoir. On perçoit l'orifice du col, irrégulier, occupé par un bourgeonnement friable. Le fond n'est pas perçu. L'utérus est relativement mobilisable, malgré une légère rétraction du paramètre à gauche. Le vagin paraît envahi. On perçoit en arrière de l'ulcération du col une petite ulcération vaginale.

Pourtant le cancer paraît anatomiquement très opérable.

Mais en raison du mauvais état général (teint jaune terreux, très pâle, œœvi de la paroi abdominale), qui contraste avec les signes locaux, on renonce à l'opération.

Le 23 juillet : Application de Radium, 400 mmgr.).

La malade fut complètement transformée par l'application du Radium. Les hémorragies cessèrent et le teint se colora.

Vers le début de novembre, les pertes ont reparu, cette fois extrêmement abondantes, et les forces ont décliné à nouveau. La malade entre dans la Clinique du Professeur Tixier.

A l'examen : On parvient difficilement à repérer le col, le vagin étant retraits, rétrécis, infiltrés, et semés, à gauche surtout, de bourgeons néoplasiques qui saignent au contact.

Le corps utérin est encore mobilisable. Au toucher rectal, on perçoit une masse irrégulière, dure, saillante dans le rectum, et dont on ne peut déterminer les limites. Cette masse paraît être le tromblon du col.

Après quelque hésitation, à cause surtout de l'envahissement du vagin, on se décide à pratiquer une hystérectomie vaginale, par le procédé à fente périnéale de Schuchardt-Schauta.

Le 27 novembre 1926 : Intervention (M. Bonnet) : Rachianesthésie, 8 centigrammes scurocaïne. Il s'agit d'une forme de cancer très étendu au vagin, par contre, le paramètre est peu infiltré et on peut espérer faire une opération par voie vaginale, qui ne peut être rendue difficile que par une adhérence du vagin au rectum, et du col utérin à la vessie.

L'anesthésie, très bonne au point de vue analgésie, entraîne dès le début le shock considérable que l'état général laissait prévoir.

Premier temps : Incision circulaire du vagin au voisinage de la vulve. Fente périnéale. Le vagin est fermé et bourse après dissection d'une collerette.

Deuxième temps : Libération du vagin, en arrière du côté rectal, en avant du côté de la vessie adhérente jusqu'aux urétéres qu'on voit bien. Chemin faisant, ligature des pédicules vaginaux et utérins.

Comme la malade est très choquée par l'anesthésie, on renonce délibérément, pour terminer vite, à poursuivre l'évidement du paramètre, bien qu'on ait les deux urétéres sous les yeux. D'ailleurs, le paramètre ne semble pas infiltré. On ouvre le cul-de-sac péritonéal préutérin et on est tout étonné, alors que l'on avait jusqu'alors fait le tour de ce que l'on croyait être le tromblon du col, de s'apercevoir que c'est le fond utérin. Un doigt en crochet le ramène à travers la brèche péritonéale. C'est un fond tout petit, du volume d'un œuf de pigeon. L'hy-

térectomie est terminée de façon très simple et très rapide.

Suture du péritoine. La brèche laissée au périnée est comblée par une mèche imprégnée de liquide de Dubard. Suture partielle de la fente périnéale.

Suites opératoires simples.

La malade est revue en février et en avril 1927, avec un état général parfait. Au périnée une dépression minuscule marque l'emplacement du vagin.



Pièce de cancer pavimenteux du corps utérin

M^{me} D. G. — H. D. -- Décembre 1926

La pièce enlevée, utérus et vagin, forme un ensemble tout petit, car l'utérus tout entier est réduit au volume d'un petit œuf.

Le vagin ouvert en avant montre :

Le fond utérin tout entier est occupé par une masse

arrondie, du volume d'un marron d'Inde, finement granuleuse, qui ne ressemble à rien de ce que l'on a l'habitude de voir. C'est un moignon complètement infiltré par le cancer au point que le muscle est méconnaissable.

Les limites de l'utérus et du vagin ne peuvent être délimitées. La tumeur du fond, globuleuse, bombe dans la cavité vaginale en s'évasant, créant ainsi un sillon étroit qui ne rappelle que de loin un cul de sac vaginal.

Au-dessous de la tumeur, la paroi de ce qui paraît être le vagin, mais qui pourrait tout aussi bien être ce qui reste du muscle utérin au niveau d'un col disparu, est semée de fines granulations néoplasiques.

L'ensemble de la pièce est tel que le terme de *squirrhe de l'utérus* vient à l'esprit pour traduire cet aspect de rétraction du corps utérin.

La pièce ne ressemble en rien à un cancer ordinaire du corps.

Examen histologique. — On prélève, pour l'examen, toute l'épaisseur de la paroi comprenant en même temps une partie de la paroi vaginale et toute l'épaisseur de la tumeur jusqu'au voisinage du fond (suivant le pointillé de la figure 2).



On voit :

A la partie inférieure de la coupe, la paroi vaginale pourvue de son revêtement pavimenteux, altéré par l'inflammation à la partie inférieure.

Plus haut (*b*), un nodule vaginal d'épithélioma pavimenteux.

On reconnaît encore, au-dessus de ce nodule, le sillon qui marque l'emplacement du cul-de-sac vaginal. (*c. s. v.*)

Ce qui reste du col (*c*) est méconnaissable. La très courte portion vaginale qui reste non envahie par le cancer a perdu son revêtement et montre une infiltration par de nombreuses cellules inflammatoires.

Plus haut enfin (*a*), on voit la paroi musculaire du corps dissociée par un épithélioma pavimenteux qui se retrouve partout dans le corps utérin.

Conclusions

On peut observer, au niveau du corps utérin, des cancers du type pavimenteux.

Ils sont rares. (On en compte une trentaine d'observations.)

En dehors des cas d'interprétation difficile où l'envahissement du corps peut être expliquée par propagation d'un cancer endocervical, soit par continuité, soit par greffe à distance, il existe des formes anatomiques variées de cancer pavimenteux du corps.

Ce sont :

a) Des coulées néoplasiques superficielles prolongeant vers le corps un cancer du col : « Cancer en coulée de sucre » de Ruge.

b) Une forme de cancer pavimenteux de surface, formant un revêtement plus ou moins continu de la

cavité utérine. Ce cancer représente une forme au début.

c) Un cancer primitif du corps développé le plus souvent sur un cancer pavimenteux de surface.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Juin 1927

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ABEL. — *Berl. Kl. Wochenschr.*, 1889, h. 30, p. 675.
- BENCKISER. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXII, 200.
- BONNET (P.). — Cancer du corps de l'utérus à type pavimenteux. *Soc. de Chir. Lyon.*, janvier 1927.
- CULLEN. — *Cancer of the Uterus*. Londres, 1900.
- EMANUEL. — Sur un nouveau cas de cancer pavimenteux du corps de l'utérus. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, t. XXXII, p. 477.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*.
- FLAISCHLEN. — Du Cancer pavimenteux primitif du Corps utérin. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXII, 1895, p. 347.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie, in *Traité de Chirurgie*.
- GEBHARD. — Des formes du Cancer du Corps utérin provenant de l'épithélium superficiel et aussi du Cancer à globes cornés de la cavité utérine. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, t. XXIV, p. 1.
- GELLHORN. — Zur Casuistik der Hornkrebs des Gebärmutter Körpers. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, t. XXXVI, p. 430.
- HIRSCH. — Cancer du corps de l'utérus à cellules pavimenteuses. *Archiv. of Surgery*, t. XI, N° 6, déc. 1925, p. 959-565, 2 fig.

- HITSCHMANN. — Epithélioma pavimenteux occupant toute la cavité utérine et le tiers supérieur de la cavité du col. *Arch. f. Gyn.*, 1903, p. 629.
- HOFMEIER. — Verhandl. des Gyn., *Congrès Bonn*, 1892, p. 89. — Carcinoma Corporis utéri. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXII, 1895.
- JAYLE et BENDER. — La leucoplasie de la vulve, du vagin et de l'utérus. *Revue de Gyn.*, 195.
- KAUFMANN. — Une forme particulière de transformation de l'endomètre du corps. *Vortrag in der Med. Sect. der Schlesw. Gessel. f. vaterl. Kultur.*, 5 mai 1894.
- KRYSINSKI. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XII, p. 1.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de Gynécologie*.
- LAHM. — Etiologie et histogénèse du cancer pavimenteux du corps utérin. *Arch. f. Gyn.*, t. CXII, 1920, p. 136-182.
- LÖHLEIN. — *Zur Diag. u. Therapie des Gebärmutter Körpers Karzinom. Gyn. Tagesfrage*, 1893, N° 3, p. 174.
- PFANNENSTIEL. — Coexistence de carcinome sur le corps et sur le col de l'utérus. *Centralblatt. f. Gyn.*, t. XVI, 1892, p. 841.
- Contrib. à l'anat. path. et histogénèse du cancer du corps utérin. *Centralbl. f. Gyn.*, t. XVII, 1893, p. 414.
- PIERING (O.). — Sur un cas de formation carcin atypique dans l'utérus. *Prag. Zeitschr. f. Heilk.*, 1887, 8, p. 335.
- RIES. — « Ichtyosis uteri ». *Amer. Gyn. a. Obst. Journal*, 1896, t. VIII, p. 184.
- VON ROSTHORN. — Sur la transformation pavimenteuse de la muqueuse utérine. *Festschrift. des deut. Gess. f. Gyn.*, Vienne, 1894, p. 323.
- RUGE. — *Die microscopie in des gyn. Diagnostik. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1890.
- SCHAUENSTEIN. — Un cas de cancer pavimenteux primitif du Cervix. *Gynäk Rundschau*, 1907.

- SCHAUTA. — L'opération radicale du Cancer utérin. *Prager Zeit. f. Heilkunde*, 1887, t. VIII, p. 323.
- SITZENFREY. — Epithélium pluristratifié de la surface muq. de l'utérus, de caractère bénin et malin. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. 59, p. 385.
- TARGETT. — Cancer du corps de l'utérus avec kératinisation de la tumeur. *Soc. Royale de Médecine*, Londres, 10 mars 1910.
- VEIT. — Zur Erosionsfrage. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XIII.
- WILLIAMS. — *Ueber der Krebs der Gebärmutter*, Berlin, 1890.
- ZELLER. — Epithélium pavimenteux dans l'utérus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1884-85, t. 11, p. 56.
-

TABLE des MATIÈRES

Avant-Propos.....	7
Introduction.....	9
Considérations d'ordre général.....	11
Conclusions.....	31
Bibliographie.....	33
